

СТРУКТУРА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

О. А. Герасимчик, Я. В. Гирш

Целью настоящего исследования явилась оценка уровня тревожности у подростков с различной массой тела. Объектом исследования стали 290 учащихся общеобразовательных школ г. Сургута. Для оценки психологического феномена тревожности использовали тест Спилбергера – Ханина. В группе подростков степень тревожности возрастала по частоте и силе выраженности с увеличением массы тела. Повышение уровня тревожности в группе пациентов сопровождалось разнообразными психоэмоциональными расстройствами, что способствовало прогрессированию массы тела, за счет снижения комплаентности к терапии.

Ключевые слова: тревожность, подростки, ожирение.

ВВЕДЕНИЕ

В мире распространённость ожирения настолько велика, что Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определило ожирение, как неинфекционную «эпидемию», с повышенным риском развития сопутствующих заболеваний, таких как артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, атеросклероз, варикозная болезнь и другие [1–2]. В случае сохранения имеющихся темпов роста заболеваемости прогнозируется, что к 2025 г. более 40 % мужчин и 50 % женщин будут иметь избыточный вес. Максимально значим резкий рост распространённости ожирения среди детей и подростков [3]. По данным ВОЗ (2016), в 2016 г. 41 млн детей в возрасте до 5 лет и 340 млн детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет страдали избыточным весом или ожирением [4].

Глобальный кризис за последнее время резко повысил роль и значимость экологических, информационных, социальных и стрессовых факторов в жизни человека. Резкое увеличение количества вредных психологических воздействий привело к повышенной уязвимости личности по отношению к психоэмоциональным факторам социальной среды, способствовало увеличению заболеваемости психосоматическими расстройствами детей и подростков [5–6].

Заболевания, которые проявляются в связи с трудностями приспособления к резко ухудшенным условиям существования, называют болезнями адаптации или «болезнями цивилизации», так как они в значительной мере связаны с прогрессом [7, с. 9]. Ожирение относится к группе психосоматических заболеваний, поскольку в механизме его возникновения, в клинических проявлениях, а также, течении и последствиях огромную роль играют психологические и социальные вредности, особенности личности больных, их реакция на болезнь и жизненные ситуации, возникающие в связи с заболеванием.

По данным Д. М. Исаева [7], задолго до появления явных психосоматических расстройств или первых симптомов ожирения у детей отмечаются некоторые признаки состояния хронической тревожности или эмоционального напряжения. В детском возрасте при избыточном весе и ожирении выявляются функциональные отклонения со стороны центральной и вегетативной нервных систем, эндокринных желез и внутренних органов.

В дошкольном возрасте, детей уже тревожит собственная масса тела, которая влияет на внешность, физическую активность, отношение к себе, самоуважение и реализацию в социальной среде [8]. У детей

ANXIETY LEVEL STRUCTURE IN ADOLESCENTS WITH DIFFERENT BODY MASS

O. A. Gerasimchik, Ya. V. Girsh

The purpose of this study is to assess the level of anxiety in adolescents with different body mass. The study involved 290 students of secondary schools of Surgut. The Spielberger – Hanin test was used to evaluate the psychological phenomenon of anxiety. The degree of anxiety increased in frequency and intensity with the weight gain. The growth of anxiety in the group of patients was accompanied by various emotional disorders, which contributed to the increase of the body weight by reducing compliance to the treatment.

Keywords: anxiety, adolescents, obesity.

с избыточной массой тела происходит изменение психоэмоционального статуса ребенка, появляется ощущение незащищенности, тревожности, агрессивности, что ухудшает качество жизни детей. Однако, данные о влиянии ожирения на психологическое здоровье детей чаще всего основываются лишь на субъективном мнении родителей о своем ребенке. По мере взросления, отмечается усугубление психосоматических нарушений, которые приобретают максимум в подростковом возрасте [9].

Тяжесть течения психосоматических заболеваний во многом зависит от состояния волевой и психоэмоциональной сферы личности, которые вступают во взаимодействие с социально-экологическими, стрессовыми факторами, возникает вопрос о роли и значении конституционно типологических основ личности в формировании психосоматических расстройств при ожирении [10].

Тревожность – общий термин для обозначения отдельных расстройств, которые вызывают страх, опасение, беспокойство и нервозность. Эти нарушения влияют на чувства и поведение личности, и могут проявляться реальными физическими симптомами. Тяжелое тревожное состояние оказывает значительное влияние на повседневную жизнь, тип и характер питания, определяя изменения массы тела [11].

Цель исследования – провести комплексную оценку уровня тревожности у подростков с различной массой тела.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено методом сплошной выборки. Объектом исследования стали 290 учащихся общеобразовательных школ г. Сургута. На первом этапе проведена оценка антропометрических показателей: масса тела, длина тела, расчет индекса массы тела (ИМТ), оценка проводилась с учетом возраста и гендерных признаков. Наличие ожирения устанавливалось при показателе ИМТ более 95 перцентиля, избыточная масса тела при ИМТ более 85 перцентиля [12]. В зависимости от значений ИМТ, учащиеся были разделены на 3 группы: 1 – с массой тела, соответствующей возрасту и полу; 2 – группа с избыточной массой тела; 3 – подростки с ожирением.

На втором этапе исследования проведено анкетирование подростков для оценки уровня тревож-

ности. В возрастной группе 13–17 лет использовали тест Спилбергера – Ханина, метод, исследующий психологический феномен тревожности: состояние тревожности, реактивная или ситуативная тревожность, личностные особенности (свойство тревожности). В нашей стране употребляется в модификации Ю. Л. Ханина (1976), которая была им адаптирована к русскому языку [13].

Статистический анализ материала произведен с использованием программы STATISTIKA версия 8, программы MicrosoftExcel 7.0. Применен корреляционный анализ с вычислением коэффициентов ранговой корреляции Спирмена. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В исследования включены 290 подростков 13–17 лет: девочек 142 (49 %) и мальчиков 148 (51 %), средний возраст $14 \pm 1,1$ лет. Оценка ИМТ позволила выделить 3 группы подростков: 1 – с нормальной массой тела, 204 человека (70 %); 2 – с избыточной массой тела, 47 подростков (16 %); 3 – с ожирением, 39 человек (14 %).

При изучении состояния тревожности у подростков с использованием шкалы Спилбергера – Ханина, высокая степень личностной тревожности (ЛТ) отмечалась у подростков с избыточной массой тела в 34 % ($n = 16$), с ожирением – в 47 % ($n = 18$), случаев. В группе подростков с массой тела, соответствующей возрасту и полу, высокая степень тревожности выявлена в 24 % ($n = 50$), ($p < 0,0001$). Умеренная степень личностной тревожности выявлена у подростков с нормальной массой тела в 67 % ($n = 136$), с избыточной массой тела у 57 % ($n = 27$) пациентов, и в 53 % ($n = 21$) в группе с ожирением. Низкий уровень тревожности отмечен у подростков с нормальной и избыточной массой тела в 9 % ($n = 18$) случаев, в то время, как у подростков с ожирением низкая степень личностной тревожности не встречалась (табл. 1). Личностная тревожность – это склонность воспринимать практически все ситуации, как угрожающие, и реагировать на эти ситуации состоянием сильной тревоги. Высокая личностная тревожность может быть причиной невротического конфликта, эмоционального срыва и психосоматического заболевания.

Таблица 1

Показатели личностной тревожности в группах пациентов с различной массой тела

Степень тревожности	Группы			Сравнения между степенью в группе
	1 группа, $n = 204$	2 группа, $n = 47$	3 группа, $n = 39$	
Высокая	50 (24 %)	16 (34 %)	18 (47 %)	$\chi^2 = 109,5; df = 2; p < 0,0001^*$
Умеренная	136 (67 %)	27 (57 %)	21 (53 %)	$\chi^2 = 16,9; df = 2; p = 0,0002^*$
Низкая	18 (9 %)	4 (9 %)	0	$\chi^2 = 0,0; df = 1; p = 1,0$

Примечание: различия между группами статистически значимы при $p < 0,05$.

При оценке ситуативной тревожности высокий уровень отмечался у подростков с избыточной массой тела в 36 % ($n = 17$), с ожирением в 23 % ($n = 9$) случа-

ев, по сравнению с подростками с нормальной массой тела, у которых высокий уровень тревожности выявлен в 16 % ($n = 33$), ($p < 0,0001$).

Умеренная степень ситуативной тревожности выявлена у 74 % (n = 150), подростков с нормальной массой тела, с ожирением у 59 % (n = 23), и в группе подростков с избыточной массой тела в 55 % (n = 26) случаев, (p = 0,0004). Низкий уровень ситуативной тревожности диагностирован у подростков с ожирением в 18 % (n = 7), у подростков с нормальной массой тела в 10 % (n = 21), и с избыточной массой – в 9 % (n = 4) случаев (табл. 2).

Учитывая, что жизнь современного человека максимально насыщена разнообразными эмоциональными переживаниями, в подростковом возрасте мак-

симальная вероятность развития психологического стресса. Стресс является защитной реакцией в ответ на внешние раздражители, определяющий приспособление организма к изменившимся условиям. Тревожные расстройства имеют достаточно широкое распространение среди детей и подростков, и определяют развитие целого ряда проблем и нарушений функционирования органов и систем. В связи с тем, что тревожные расстройства часто остаются нераспознанными, подростки, страдающие этими расстройствами, не достигают положительных результатов в терапии основного заболевания [14].

Таблица 2

Показатели ситуативной тревожности в группах пациентов с различной массой тела

Степень тревожности	Группы			Сравнения между степенью в группе
	1 группа, n = 204	2 группа, n = 47	3 группа, n = 39	
Высокая	33 (16 %)	17 (36 %)	9 (23 %)	$\chi^2 = 149,4$; df = 2; p < 0,0001*
Умеренная	150 (74 %)	26 (55 %)	23 (59 %)	$\chi^2 = 15,6$; df = 2; p = 0,0004*
Низкая	21 (10 %)	4 (9 %)	7 (18 %)	$\chi^2 = 5,1$; df = 2; p = 0,08

Примечание: различия между группами статистически значимы при p < 0,05.

Ситуативная тревожность – тревожность как состояние в данный момент времени, характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по динамичности во времени и интенсивности. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушение тонкой координации.

Как правило, показатели личностной и ситуативной тревожности связаны между собой: у подростков с высокими показателями личностной тревожности, ситуативная тревожность в схожих ситуациях усиливается и проявляется в большей степени.

Для подростков с высоким уровнем личностной тревожности характерно подавленное настроение, низкий уровень самоконтроля, эмоциональная напряженность, упрямство и агрессивность, что создает трудности в общении с окружающими. Эмоциональное напряжение является хроническим стрессовым фактором, который способствует развитию пищевой зависимости.

При оценке шкалы Спилберга – Ханина, в группе подростков с избыточной массой тела и ожирением преобладал высокий уровень тревожности по сравнению с группой подростков с нормальной массой тела. Высокая тревожность сопровождается вы-

сокой потребностью избегания неудач, что приводит к отказу пациентов от любых попыток изменения характерного для них образа жизни, стиля питания, что существенно препятствует достижению успеха в изменении массы тела [15].

ВЫВОДЫ

В группе подростков степень тревожности возрастала по частоте и силе выраженности с увеличением массы тела. Повышение уровня тревожности (как ситуативной, так и личностной) в группе пациентов сопровождалось разнообразными психоэмоциональными расстройствами, что во многом, способствовало прогрессированию массы тела, за счет снижения комплаентности к терапии. При высоких степенях ожирения (морбидное ожирение) необходимо исключать возможный дебют психосоматического заболевания, учитывая особенности подросткового возраста.

С целью предупреждения возможного дебюта психосоматического заболевания и снижению эмоциональных переживаний, а также улучшения качества жизни, в группе подростков с избыточной массой тела и ожирением необходимо проведение активных профилактических мероприятий, направленных на стабилизацию массы тела, коррекцию эндокринных нарушений и психогенных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедова Р. М. Ожирение у детей и подростков: распространенность, клиничко-метаболические особенности, возможности терапии и профилактики: авторефер. дис. ... канд. мед. н. Пермь, 2015. 22 с.
2. Гирш Я. В., Юдицкая Т. А. Динамика показателей углеводного обмена у детей в зависимости от массы тела // Вестн. СурГУ. Медицина. 2014. № 4. С. 22–27.
3. Дедов И. И., Петеркова В. А. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями. М. : Практика, 2014. С. 167–178.
4. ВОЗ. Ожирение и избыточный вес. Информационный бюллетень. 2017. № 311. Октябрь. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/> (дата обращения: 20.10.2017).
5. Сластухина Г. А. Роль психологической коррекции в лечении ожирения у детей: автореф. дис. ... канд. мед. н. Саратов, 2009. 16 с.
6. Werneck A. O., Silva D. R. P. Birth weight, biological maturation and obesity in adolescents: a mediation analysis // Journal of Developmental Origins of Health and Disease. 2017. Vol. 8(4). P. 502–507.
7. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб. : Спец. лит., 2005. 454 с.
8. Малкова Е. Е. Многомерная психологическая диагностика детской тревожности // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности : коллект. моногр. / науч. ред. Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова. СПб. : Скифия-принт, 2014. С. 114–136.
9. Clark A. L., Fonarow G. C., Horwich T. B. Obesity and obesity paradox in heart failure // Prog. Cardiovasc. Dis 2014; 56:409–414.
10. Прихожан А. М. Причины, профилактика и преодоление тревожности // Психологическая наука и образование. 2012. № 2.
11. Гирш Я. В., Юдицкая Т. А., Тепляков А. А. Сравнительная характеристика типов пищевого поведения у детей и подростков с различной массой тела // Вестн. СурГУ. Медицина. 2013. № 16. С. 33–37.
12. Васюкова О. В. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению ожирения у детей и подростков. М. : Институт детской эндокринологии ЭНЦ, 2013. С. 6–14.
13. Гирш Я. В., Герасимчик О. А., Юдицкая Т. А. Типы пищевого поведения у подростков с различной массой тела // Системная интеграция в здравоохранении. 2014. № 1(23). С. 22–28.
14. Preiss K., Brennan L., Clarke D. A. systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression // Obesity Reviews. 2013. Vol. 14. № 11. P. 906–918.
15. Van Strien T., Cebolla A., Etchemendy E., Gutiérrez-Maldonado J., Ferrer-García M., Botella C., Baños R. Emotional eating and food intake after sadness and joy // Appetite. 2013. V. 66. P. 20–25.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Гирш Яна Владимировна – доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: yanaef@yandex.ru.

Герасимчик Олеся Александровна – аспирант кафедры детских болезней Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: alesjamed@yandex.ru.

ABOUT THE AUTHORS

Girsh Yana Vladimirovna – Doctor of Science (Medicine), Professor, Department of Children's Diseases, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: yanaef@yandex.ru.

Gerasimchik Olesya Aleksandrovna – Postgraduate, Department of Children's Diseases, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: alesjamed@yandex.ru.